CAPÍTULO 20

# SUICÍDIO, AUTOLESÃO E COMPORTAMENTO DE RISCO: PREVENÇÃO, ACOLHIMENTO E INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

SUICIDE, SELF-HARM AND RISK BEHAVIOR: PREVENTION, SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS

SUICIDIO, AUTOLESIÓN Y CONDUCTAS DE RIESGO: PREVENCIÓN, ACOGIDA E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

**Valmira Soares da Silva**
Faculdade CCI | Brasília, Distrito Federal
ORCID: 0009-0008-0318-7284
**David Almeida dos Santos**
Faculdade CCI | Brasília, Distrito Federal
ORCID: 0000-0002-1484-762X
**Aline do Prado Rodrigues**
Faculdade CCI | Brasília, Distrito Federal
ORCID: 0009-0007-5149-0686
**Alexandre Domanico da Cunha**
Faculdade CCI | Brasília, Distrito Federal
ORCID: 0009-0002-5526-7258
**Rafaella Araújo Rocha**
Faculdade CCI | Brasília, Distrito Federal
ORCID: 0009-0007-1712-4682

978-65-84528-66-6

10.53524/lit.edt.978-65-84528-66-6/20

Submissão 03/11/26
Publicação 07/11/26
Como citar SILVA, V. S. et al. Suicídio, autolesão e comportamento de risco: prevenção, acolhimento e intervenções psicológicas. *In*: FONTES, F. L. L. (Org). **Tópicos relevantes em Ciências da Saúde**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, 2026, p. 170-178.

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Analisar aspectos conceituais, fatores de vulnerabilidade e proteção, avaliação, acolhimento e intervenções psicológicas relacionadas ao comportamento suicida, à autolesão e a comportamentos de risco, com ênfase em adolescentes, homens e suporte familiar. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Revisão narrativa de literatura, fundamentada em documentos institucionais, diretrizes clínicas e estudos científicos sobre prevenção do suicídio, autolesão, saúde mental, masculinidades, adolescência e cuidado familiar. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A literatura examinada indica que o comportamento suicida é multideterminado e requer avaliação contextualizada, escuta sem julgamentos, plano de segurança, intervenções estruturadas e articulação intersetorial. Na adolescência, devem ser considerados vínculos, experiências escolares e digitais; entre homens, barreiras socioculturais à expressão do sofrimento e à procura por ajuda. Familiares também necessitam de acolhimento e orientação, sem responsabilização pela prevenção absoluta de crises. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevenção exige cuidado contínuo, ético e integrado, que associe proteção da vida à reconstrução da autonomia, dos vínculos e dos projetos cotidianos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Automutilação. Saúde mental. Adolescente. Apoio social.

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To analyze conceptual aspects, vulnerability and protective factors, assessment, support and psychological interventions related to suicidal behavior, self-harm and risk behaviors, emphasizing adolescents, men and family support. **METHODS:** Narrative literature review based on institutional documents, clinical guidelines and scientific studies on suicide prevention, self-harm, mental health, masculinities, adolescence and family care. **RESULTS AND DISCUSSION:** The literature indicates that suicidal behavior is multidetermined and requires contextual assessment, nonjudgmental listening, safety planning, structured interventions and intersectoral coordination. In adolescence, family bonds and school and digital experiences should be considered; among men, sociocultural barriers to expressing distress and seeking help require attention. Relatives also need support and guidance, without being held responsible for preventing every crisis. **FINAL CONSIDERATIONS:** Prevention requires continuous, ethical and integrated care that combines life protection with the reconstruction of autonomy, relationships and everyday projects.

**KEYWORDS:** Suicide. Self-injurious behavior. Mental health. Adolescent. Social support.

**RESUMEN**

**OBJETIVO:** Analizar aspectos conceptuales, factores de vulnerabilidad y protección, evaluación, acogida e intervenciones psicológicas relacionadas con la conducta suicida, las autolesiones y las conductas de riesgo, con énfasis en adolescentes, hombres y apoyo familiar. **MÉTODOS:** Revisión narrativa de literatura basada en documentos institucionales, guías clínicas y estudios científicos sobre prevención del suicidio, autolesiones, salud mental, masculinidades, adolescencia y atención familiar. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La literatura indica que la conducta suicida es multideterminada y requiere evaluación contextualizada, escucha sin juicios, plan de seguridad, intervenciones estructuradas y articulación intersectorial. En la adolescencia deben considerarse los vínculos y las experiencias escolares y digitales; entre los hombres, las barreras socioculturales para expresar el sufrimiento y buscar ayuda. Los familiares también necesitan acogida y orientación, sin responsabilizarlos por evitar todas las crisis. **CONSIDERACIONES FINALES:** La prevención exige atención continua, ética e integrada, que asocie la protección de la vida con la reconstrucción de la autonomía, los vínculos y los proyectos cotidianos.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio. Conducta autolesiva. Salud mental. Adolescente. Apoyo social.

## 1. INTRODUÇÃO

O suicídio permanece entre os problemas mais complexos da saúde pública contemporânea. Embora frequentemente associado a transtornos mentais, não pode ser compreendido exclusivamente a partir de diagnósticos. Sua ocorrência envolve condições psicológicas, sociais, culturais e ambientais, cujos efeitos variam conforme a história de vida e os recursos de proteção disponíveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou 727 mil mortes por suicídio no mundo em 2021, ano em que essa foi a terceira principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos (OMS, 2025). No Brasil, levantamento do Conselho Federal de Medicina, com base no DATASUS, registrou 16.751 óbitos em 2024; quase oito em cada dez ocorreram entre homens (CFM, 2026). Por se referirem a períodos e procedimentos distintos, esses números não devem ser comparados como medidas equivalentes, mas evidenciam a relevância do tema.

Entre adolescentes, a construção da identidade e da autonomia ocorre em meio a experiências de comparação social, exposição digital e reorganização dos vínculos familiares. Entre homens, expectativas culturais de autossuficiência e contenção emocional podem dificultar a procura por cuidado. Nenhuma dessas condições, isoladamente, explica um comportamento suicida. A análise precisa reconhecer a interação entre experiências individuais, relações e condições concretas de acesso aos serviços.

A autolesão, a ideação suicida, as tentativas e outros comportamentos de risco demandam atenção diferenciada. A distinção conceitual contribui para a avaliação e o planejamento terapêutico, mas não deve ser utilizada para hierarquizar sofrimentos ou minimizar episódios sem intenção suicida. A escuta profissional deve reconhecer ambivalências, mudanças no funcionamento cotidiano e necessidades de proteção.

A opção por uma revisão narrativa decorre da necessidade de aproximar resultados epidemiológicos, contribuições da Psicologia e orientações assistenciais. Não se pretende produzir síntese exaustiva da literatura, mas examinar criticamente questões que atravessam o cotidiano dos serviços: como reconhecer manifestações de sofrimento nem sempre verbalizadas, acolher sem reduzir a pessoa a um diagnóstico e construir respostas institucionais que tornem a prevenção possível.

A leitura dos indicadores epidemiológicos requer cautela. Registros de mortalidade descrevem mortes notificadas e classificadas nos sistemas oficiais, enquanto estimativas internacionais resultam de modelagem e ajustes de qualidade dos dados. Os números dimensionam a gravidade do problema, mas não explicam, por si sós, trajetórias individuais. Diante desse contexto, este capítulo tem como objetivo analisar conceitos, vulnerabilidades, avaliação, intervenções psicológicas, suporte familiar e responsabilidades éticas na prevenção do comportamento suicida e da autolesão.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e analítico-reflexiva, destinada a reunir e discutir contribuições conceituais, epidemiológicas e assistenciais sobre suicídio, autolesão, comportamentos de risco, prevenção psicológica e suporte familiar. A escolha desse delineamento decorreu da amplitude do fenômeno e da necessidade de integrar documentos normativos, diretrizes clínicas e estudos empíricos que abordam diferentes dimensões do cuidado.

O material de análise foi constituído pelas fontes citadas no manuscrito-base: documentos da Organização Mundial da Saúde, legislação brasileira, Código de Ética Profissional do Psicólogo, diretriz NICE NG225 e estudos científicos sobre mídias sociais e saúde mental de adolescentes, masculinidades e suicídio, terapia comportamental dialética e planejamento de segurança. Foram considerados documentos publicados entre 2005 e 2026, conforme as referências disponibilizadas no texto original.

A análise foi organizada por eixos temáticos: diferenciação conceitual; fatores associados e condições de vulnerabilidade; adolescência; masculinidades; fatores de proteção; avaliação e acolhimento; intervenções psicológicas; rede de apoio e responsabilidade profissional; cuidado aos familiares e reconstrução da vida cotidiana; comunicação responsável e posvenção. Os conteúdos foram agrupados por aproximação temática, preservando-se as referências e o enquadramento interpretativo do manuscrito de origem.

Por se tratar de revisão narrativa baseada em literatura e documentos públicos, não houve recrutamento de participantes, coleta de dados primários ou intervenção com seres humanos. Assim, não se aplica apresentação de número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) ou parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A revisão não pretende estimar efeitos, realizar metanálise ou esgotar a produção científica sobre o tema.

Como limitação metodológica, destaca-se que a revisão narrativa não segue necessariamente um protocolo exaustivo e reprodutível de busca e seleção, de modo que seus resultados devem ser interpretados como síntese crítica das fontes selecionadas, e não como avaliação sistemática de toda a evidência disponível.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Conceitos e diferenciações

Ideação suicida, tentativa de suicídio e autolesão designam experiências distintas, embora possam coexistir. A ideação compreende pensamentos sobre provocar a própria morte, com variações de frequência, intensidade e intenção. A

tentativa envolve comportamento autoinfligido não fatal com alguma intenção de morrer, nem sempre fácil de estabelecer diante de ambivalências e dificuldades de comunicação.

A autolesão não suicida corresponde a dano intencional ao próprio corpo sem intenção de morrer. A distinção é necessária, mas não autoriza minimizar o sofrimento nem descartar a possibilidade de ideação suicida concomitante ou futura. A diretriz britânica NICE NG225 utiliza uma definição abrangente de autolesão, independentemente da intenção aparente, diferente da distinção conceitual aqui adotada (NICE, 2022).

A expressão comportamento de risco abrange condutas capazes de comprometer a integridade física ou psicológica, sem implicar necessariamente intenção suicida. A investigação clínica deve considerar relatos, circunstâncias e possíveis funções do comportamento. Na perspectiva comportamental, antecedentes e consequências ajudam a compreender por que uma resposta ocorre em determinado contexto, sem pressupor função universal para a autolesão.

Também é necessário evitar a leitura da autolesão como simples recurso para obter atenção. Essa interpretação pode obscurecer necessidades de comunicação, sofrimento persistente e dificuldades de regulação emocional. Mesmo quando o comportamento produz mudanças nas respostas de familiares ou profissionais, essa consequência não deve ser confundida com uma intenção consciente única. A análise exige escuta, observação e avaliação cuidadosa de cada episódio.

### 3.2 Fatores associados e condições de vulnerabilidade

O comportamento suicida resulta de interações complexas entre fatores pessoais, relacionais e sociais. Tentativas anteriores, sofrimento psíquico persistente, experiências de violência, perdas, isolamento e uso problemático de substâncias podem integrar a formulação clínica, mas nenhum fator determina individualmente um desfecho. A avaliação precisa examinar também recursos de enfrentamento e condições efetivas de acesso ao cuidado.

A investigação deve distinguir correlação, vulnerabilidade e causalidade. Uma condição estatisticamente relacionada ao suicídio em determinada população não explica necessariamente um episódio individual. Separações conjugais, conflitos familiares, perdas financeiras ou situações escolares podem integrar uma trajetória de sofrimento, mas não devem ser apresentados como causas suficientes. A simplificação pode produzir culpabilização de familiares e pessoas enlutadas.

### 3.3 Vulnerabilidades na adolescência

A adolescência envolve transformações emocionais e sociais, ampliação da autonomia e reorganização das relações com familiares e pares. As redes digitais oferecem oportunidades de pertencimento e expressão, mas podem intensificar comparação social, busca por aprovação e exposição à rejeição. Revisões recentes ressaltam que a relação entre redes sociais e saúde mental é heterogênea, dependendo das experiências e características de cada adolescente (ORBEN et al., 2024).

Bullying e cyberbullying merecem atenção porque humilhação, exclusão e circulação de conteúdos ofensivos podem ampliar o sofrimento e comprometer vínculos. No ambiente familiar, práticas educativas que conciliam acolhimento, limites consistentes e responsabilidades progressivas favorecem oportunidades de desenvolver autonomia e estratégias para lidar com contrariedades. Aprender a tolerar frustrações não significa ser exposto deliberadamente ao sofrimento; tampouco baixa tolerância à frustração constitui, isoladamente, indicador de risco suicida.

O desafio clínico é reconhecer o sofrimento sem reduzir a adolescência a uma condição patológica ou responsabilizar automaticamente a família e as tecnologias. A intervenção deve considerar a singularidade do jovem e as possibilidades de participação da escola e dos responsáveis em sua proteção.

Em situações de cyberbullying, o sofrimento pode continuar mesmo após o término das atividades escolares, uma vez que mensagens e imagens circulam para além dos espaços presenciais. A intervenção exige medidas institucionais para interromper a violência e proteger a pessoa afetada; não é suficiente recomendar que o adolescente ignore as mensagens ou abandone a plataforma. A responsabilização adequada dos envolvidos e a reconstrução das condições de pertencimento escolar devem acompanhar o atendimento psicológico.

Limites educativos e tolerância à frustração precisam escapar de explicações lineares. A aprendizagem de esperar, negociar, suportar contrariedades e reconhecer consequências depende de oportunidades compatíveis com a idade e de relações que ofereçam segurança emocional. Acolher o sofrimento não significa retirar toda exigência; estabelecer limites não significa negar sentimentos. A combinação entre vínculo, previsibilidade e autonomia progressiva oferece melhores condições para o desenvolvimento de repertórios de enfrentamento.

### 3.4 Masculinidades, sofrimento psicológico e comportamento suicida

A predominância masculina entre as mortes por suicídio no Brasil exige compreender como expectativas sociais podem interferir na expressão do sofrimento e no acesso aos serviços. Em alguns contextos, a valorização rígida da força, do controle emocional e da independência faz com que procurar ajuda seja percebido como sinal de fraqueza. Isso não significa que os homens constituam grupo homogêneo nem que masculinidade, por si só, seja fator de risco.

Uma revisão sistemática com metanálise identificou resultados heterogêneos para a associação global entre masculinidade e suicidalidade. Dimensões específicas, como restrição emocional e busca de status, apresentaram relações

diferentes daquelas observadas em concepções de masculinidade baseadas em forças e recursos pessoais (MASCULINITIES AND SUICIDE, 2026). Esse achado recomenda cautela com generalizações.

Na prática clínica, queixas relativas ao trabalho, conflitos familiares, irritabilidade, isolamento ou consumo problemático de álcool podem abrir espaço para investigar sofrimento emocional, sem funcionar como sinais específicos de suicídio quando isoladas. Desemprego, separação, perdas afetivas e mudanças na autonomia podem adquirir sentidos particulares conforme a idade e a história de cada homem. Prevenir exige acolhimento acessível, escuta sem estereótipos e continuidade assistencial.

A dificuldade de pedir ajuda pode aparecer de forma indireta. Um homem pode procurar o serviço por insônia, conflitos no trabalho ou irritabilidade e somente depois conseguir nomear tristeza, desesperança ou medo. Isso não autoriza supor que toda queixa física ou comportamental encubra ideação suicida; indica que a escuta não deve ficar restrita ao motivo inicial da consulta.

A ideia de responsabilidade financeira, quando vivenciada como condição indispensável para o reconhecimento pessoal, pode tornar mudanças no trabalho especialmente dolorosas. Não se trata de considerar o papel de provedor inerentemente prejudicial. O problema se estabelece quando a identidade fica excessivamente dependente de um único papel e a pessoa encontra poucas possibilidades de compartilhar dificuldades ou reconstruir projetos diante de perdas.

### 3.5 Fatores de proteção e implicações para a prevenção

Vínculos afetivos, apoio comunitário, acesso a cuidados em saúde mental, habilidades de resolução de problemas e oportunidades de participação social podem contribuir para a proteção. Sua presença, entretanto, não garante segurança. Uma pessoa pode manter atividades e relações aparentemente estáveis enquanto vivencia sofrimento intenso. O trabalho preventivo deve identificar tanto as dificuldades quanto as condições que favorecem o uso concreto desses recursos.

A qualidade dos vínculos merece mais atenção do que sua simples existência. Estar acompanhado não é o mesmo que sentir-se compreendido; pertencer formalmente a uma família, escola ou comunidade não garante disponibilidade de apoio. É importante investigar a quem a pessoa recorreria em uma situação difícil, se considera possível compartilhar pensamentos dolorosos e se já encontrou respostas acolhedoras ao pedir ajuda.

### 3.6 Avaliação e acolhimento psicológico

A avaliação psicológica exige compreender a história de vida, as relações e as circunstâncias nas quais o sofrimento se manifesta. O acolhimento não é etapa protocolar: sustenta o vínculo e a possibilidade de comunicação. Perguntar diretamente, com sensibilidade, sobre pensamentos de morte, intenção, planejamento, comportamentos anteriores e condições de segurança integra a investigação clínica. Também devem ser examinados fatores de proteção, experiências recentes de perda ou violência e disponibilidade real de apoio.

Não há instrumento capaz de prever com precisão o comportamento suicida de um indivíduo. A diretriz NICE NG225 recomenda não utilizar escalas nem classificações globais de risco baixo, médio ou alto para prever suicídio ou determinar isoladamente decisões sobre tratamento e alta. A formulação clínica deve se concentrar nas necessidades de proteção imediata e de longo prazo (NICE, 2022).

Na adolescência, é indispensável considerar família, escola, violência entre pares e experiências digitais, explicando os limites do sigilo e respeitando a autonomia progressiva. Entre homens, a escuta pode partir de queixas que não se apresentam inicialmente como sofrimento emocional. Em ambos os casos, a avaliação precisa ser revista quando as circunstâncias mudam.

O cuidado deve resultar em decisões práticas: elaboração colaborativa de plano de segurança, reconhecimento de sinais de agravamento, estratégias de enfrentamento, contatos de apoio, redução do acesso a meios potencialmente letais e definição dos serviços de referência. Quando houver preocupação imediata com a segurança, devem ser acionados os recursos de urgência adequados; o atendimento ambulatorial isolado pode ser insuficiente.

A entrevista deve permitir que a pessoa descreva sua experiência com suas próprias palavras. Perguntas diretas sobre pensamentos suicidas são compatíveis com postura acolhedora; o cuidado está no modo de perguntar, na disponibilidade para ouvir e na capacidade de sustentar a conversa sem reações moralizantes. Também é relevante investigar tentativas anteriores, mudanças recentes na intensidade do sofrimento, uso de substâncias, condições de moradia e disponibilidade de apoio.

O plano de segurança deve ser elaborado de modo colaborativo, com estratégias que a pessoa considere possíveis de utilizar. Podem ser incluídos sinais pessoais de agravamento, alternativas de enfrentamento, contatos de confiança, serviços de referência e medidas para reduzir o acesso a meios letais. O documento não substitui o tratamento nem garante, por si só, proteção; sua utilidade depende de revisão periódica, acessibilidade e articulação com a rede assistencial (NICE, 2022).

### 3.7 Intervenções psicológicas e estratégias de prevenção

A escolha das intervenções deve partir da formulação clínica e das necessidades da pessoa. A análise funcional pode esclarecer relações entre antecedentes, respostas e consequências de comportamentos autolesivos, sem pressupor

que todos tenham a mesma função. Intervenções cognitivo-comportamentais podem trabalhar desesperança, resolução de problemas e habilidades de enfrentamento, integradas ao acompanhamento e à rede de apoio.

Para adultos que se autolesionam, a NICE recomenda oferecer intervenção psicológica estruturada e centrada na pessoa, informada por princípios cognitivo-comportamentais. Para crianças e adolescentes com autolesão frequente e dificuldades importantes de regulação emocional, recomenda considerar a Terapia Comportamental Dialética adaptada para adolescentes (DBT-A), respeitando a indicação clínica individual (NICE, 2022).

Com adolescentes, o desenvolvimento de habilidades emocionais precisa dialogar com práticas familiares, convivência escolar, enfrentamento do bullying e uso crítico das mídias digitais. A orientação aos responsáveis deve articular afeto, limites e oportunidades graduais de autonomia, sem culpabilização. Entre homens, estratégias de acesso e comunicação precisam reconhecer diferentes formas de expressar sofrimento e superar barreiras à procura por ajuda, sem reproduzir estereótipos.

A prevenção não se restringe ao consultório. A iniciativa LIVE LIFE, da OMS, propõe ações intersetoriais, incluindo comunicação responsável, desenvolvimento de habilidades entre jovens, identificação precoce e apoio às pessoas afetadas, além de medidas de redução de acesso a meios letais (OMS, 2021). O planejamento de segurança associado a acompanhamento posterior também encontra respaldo em pesquisa clínica (STANLEY et al., 2018).

Na perspectiva comportamental, a ampliação de repertórios pode incluir treino de habilidades de comunicação, resolução de problemas, busca de apoio e tolerância a experiências emocionais difíceis. As intervenções devem evitar qualquer leitura punitiva da autolesão. A compreensão das contingências tem finalidade terapêutica: identificar condições modificáveis e construir alternativas que atendam às necessidades da pessoa sem produzir danos.

Em ensaio clínico randomizado, McCauley et al. (2018) observaram resultados favoráveis da terapia comportamental dialética para adolescentes com elevado risco suicida, em comparação com tratamento de controle, sobretudo em desfechos relacionados a tentativas e autolesão durante o tratamento. Esses achados não justificam a generalização da técnica para todos os adolescentes, mas sustentam sua consideração quando houver indicação clínica e profissionais habilitados.

Na prevenção comunitária, a atuação não se limita a campanhas pontuais. Ações de educação em saúde, formação de profissionais da escola e da atenção primária, identificação precoce e acompanhamento após crises podem reduzir barreiras de acesso. O trabalho com homens deve considerar horários, linguagem e ambientes de atendimento que favoreçam a procura por ajuda, sem presumir que todos compartilhem os mesmos valores ou dificuldades.

### 3.8 Rede de apoio e responsabilidade profissional

A proteção da vida depende da articulação entre atenção primária, serviços especializados, urgência e emergência, família, escola e proteção social. No Brasil, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída pela Lei nº 13.819/2019, prevê ações intersetoriais, acesso à atenção psicossocial e notificação dos eventos nos termos legais (BRASIL, 2019). Encaminhar não significa simplesmente transferir responsabilidade: a continuidade exige comunicação adequada e definição de acompanhamento.

O sigilo é condição essencial da relação terapêutica. O Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece o dever de preservá-lo e prevê, em circunstâncias específicas, decisão fundamentada sobre eventual compartilhamento, limitado às informações estritamente necessárias e orientado pelo menor prejuízo (CFP, 2005). A presença de ideação suicida não autoriza divulgação indiscriminada de informações.

No atendimento de crianças e adolescentes, a comunicação aos responsáveis deve se restringir ao essencial para medidas em seu benefício, observadas as exigências de proteção. A família pode ser recurso importante, mas nem sempre constitui ambiente seguro; situações de violência ou negligência demandam articulação com dispositivos competentes. A escola deve enfrentar o bullying e acolher o sofrimento sem transformar o estudante em objeto de exposição.

A continuidade assistencial é questão clínica e institucional. A pessoa pode receber acolhimento adequado durante uma crise e, ainda assim, enfrentar dificuldades para agendar retorno, obter transporte, compreender encaminhamentos ou acessar serviços especializados. A organização do cuidado deve considerar essas barreiras concretas. Sempre que possível, é importante pactuar quem acompanhará a situação, como ocorrerá o contato entre os serviços e quais medidas serão adotadas se houver agravamento.

### 3.9 O cuidado aos familiares e a reconstrução da vida cotidiana

Quando uma tentativa de suicídio não resulta em morte, a sobrevivência não encerra necessariamente o sofrimento. Para familiares, companheiros e pessoas próximas, pode começar um percurso prolongado de consultas, mudanças na rotina e temor de novas crises. O alívio inicial pode coexistir com culpa, impotência, raiva e incerteza. Perguntas sobre sinais não percebidos ou atitudes que poderiam ter sido diferentes frequentemente acompanham esse processo. É importante acolhê-las sem transformar a família em responsável pela ocorrência ou pela prevenção absoluta de novos episódios.

A duração e a imprevisibilidade do tratamento podem produzir desgaste significativo. Em alguns lares, pequenas mudanças de comportamento passam a ser interpretadas como sinais de perigo; o descanso torna-se difícil e decisões cotidianas são tomadas sob constante apreensão. O cuidado pode exigir reorganização financeira, alterações na vida profissional e menor disponibilidade para outros membros da família. Há também quem silencie o próprio sofrimento por

acreditar que não tem o direito de demonstrar cansaço. Reconhecer essas experiências não diminui a gravidade da condição clínica da pessoa acompanhada, mas compreende que a rede de apoio também necessita de atenção.

A atuação psicológica deve incluir, conforme as necessidades e a segurança de cada contexto, escuta dos cuidadores, psicoeducação, orientação sobre o plano de segurança, definição de responsabilidades possíveis e encaminhamento para apoio psicológico quando indicado. É fundamental esclarecer que acompanhar o tratamento não equivale a vigiar continuamente a pessoa nem a garantir, por esforço individual, que uma crise jamais ocorrerá. O cuidado deve ser compartilhado entre familiares, profissionais e serviços, com orientações concretas sobre como agir diante de sinais de agravamento.

Outra dimensão relevante é a tendência de toda a vida familiar passar a girar em torno do suicídio. O assunto pode dominar conversas, decisões e relações, enquanto interesses, projetos e experiências prazerosas perdem espaço. A pessoa em tratamento corre o risco de ser vista apenas por sua condição clínica; os demais, apenas como cuidadores. A intervenção psicológica pode ajudar todos os envolvidos a compreender que existe vida para além da crise, sem negar sua seriedade ou abandonar medidas de proteção.

Retomar gradualmente atividades significativas, vínculos, lazer, responsabilidades compatíveis com o momento clínico e projetos pessoais contribui para reconstruir a autonomia e o sentimento de continuidade da vida. Sob uma perspectiva comportamental, trata-se também de ampliar oportunidades de contato com fontes de reforçamento que não estejam restritas ao monitoramento de sintomas e à resposta às crises. Essa retomada não deve ser imposta como obrigação de demonstrar bem-estar: precisa respeitar o ritmo de recuperação, as condições de segurança e as possibilidades reais de cada pessoa.

O trabalho com a família inclui diferenciar proteção de controle excessivo e presença afetiva de vigilância permanente. Um plano de segurança pactuado e revisto pela equipe pode tornar mais claras as condutas necessárias nos momentos críticos, permitindo que o cotidiano não se transforme em avaliação ininterrupta do risco. Quando houver conflitos, violência ou vínculos inseguros, o envolvimento familiar deve ser cuidadosamente avaliado, e outras fontes de apoio precisam ser consideradas.

Assim, prevenir o suicídio envolve não apenas responder ao risco, mas favorecer a reconstrução de condições concretas para viver. A pessoa acompanhada é mais do que seu sofrimento; seus familiares são mais do que cuidadores. Proteger a vida e recuperar espaços de pertencimento, autonomia e esperança são dimensões complementares de uma assistência psicológica integral.

### 3.10 Comunicação responsável e posvenção

A forma de comunicar o suicídio pode contribuir para a prevenção ou agravar vulnerabilidades. A OMS orienta evitar sensacionalismo, romantização, descrições de meios e explicações simplificadas para uma morte, privilegiando informações sobre apoio, enfrentamento e possibilidades de recuperação (OMS, 2023). Falar sobre suicídio com responsabilidade não significa silenciar o assunto, mas evitar conteúdos que transformem o sofrimento em espetáculo.

A posvenção reúne ações de acolhimento às pessoas afetadas por uma morte por suicídio. Familiares, amigos e comunidades podem experimentar culpa, perplexidade, raiva e tristeza, mas não existe sequência obrigatória de reações. A escuta psicológica deve respeitar a singularidade do luto, evitar atribuições de responsabilidade e identificar quem necessita de acompanhamento. Em escolas e serviços, a comunicação precisa ser discreta, cuidadosa e articulada à rede de proteção.

Após uma morte, homenagens públicas devem ser planejadas com cautela, evitando idealização e exposição desnecessária de detalhes. A comunidade escolar pode necessitar de orientações claras, espaços de escuta e identificação de estudantes mais afetados, sem transformar todos em pacientes ou presumir reações iguais. Crianças e adolescentes precisam receber informações adequadas à idade e proteção contra boatos ou exposição pública.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção do comportamento suicida exige abandonar explicações únicas e reconhecer a interação entre sofrimento individual, relações sociais e condições de acesso ao cuidado. Na adolescência, experiências digitais, violência entre pares e desenvolvimento da autonomia devem ser compreendidos sem determinismo. Na população masculina, o desafio inclui reconhecer como certas expectativas de gênero podem dificultar a expressão emocional e a procura por ajuda, sem reduzir os homens a um perfil uniforme.

Para a Psicologia, a contribuição central está na escuta qualificada, na avaliação contextualizada e na construção de intervenções fundamentadas em evidências, articuladas à proteção ética e à continuidade assistencial. Prevenir envolve reduzir vulnerabilidades, mas também ampliar vínculos, oportunidades de participação, recursos de enfrentamento e condições concretas para que as pessoas encontrem cuidado quando dele necessitam.

A contribuição da Psicologia está na articulação entre avaliação contextualizada, vínculo terapêutico, intervenções fundamentadas em evidências e compromisso com a rede de proteção. A prevenção exige recursos clínicos, mas também condições institucionais para que o cuidado não seja interrompido. Investir na qualidade das relações familiares e escolares, ampliar a acessibilidade dos serviços e promover comunicação pública responsável são tarefas complementares, não alternativas ao acompanhamento especializado.

Por fim, o cuidado aos familiares precisa integrar a resposta assistencial. A rede de apoio deve ser orientada e acolhida, sem receber a incumbência de vigiar permanentemente ou garantir sozinha a segurança de quem sofre. A reconstrução da vida cotidiana, com retomada progressiva de autonomia, vínculos e projetos, constitui parte do cuidado e não deve ser tratada como etapa secundária. A prevenção efetiva combina proteção imediata, acompanhamento longitudinal e condições sociais para que a vida volte a comportar possibilidades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13819-26-abril-2019-788025-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 29 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Suicídio no Brasil mais do que dobra em três décadas. Brasília: CFM, 2026. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/suicidio-no-brasil-mais-do-que-dobra-em-tres-decadas. Acesso em: 29 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 010/2005: Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Codigo-de-Etica.pdf. Acesso em: 29 out. 2026.

MASCULINITIES AND SUICIDE: a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v. 21, n. 2, e0342172, 2026. DOI: 10.1371/journal.pone.0342172.

MCCAULEY, Elizabeth et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, v. 75, n. 8, p. 777-785, 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. Guideline NG225. London: NICE, 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225. Acesso em: 29 out. 2026.

ORBEN, A. et al. Mechanisms linking social media use to adolescent mental health vulnerability. Nature Reviews Psychology, v. 3, p. 407-423, 2024. DOI: 10.1038/s44159-024-00307-y.

STANLEY, B. et al. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry, v. 75, n. 9, p. 894-900, 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629. Acesso em: 29 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2023. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240076846. Acesso em: 29 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069. Acesso em: 29 out. 2026.